

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

54

ANNÉE 1958

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Raymond, Henri, Benoît, Daniel LANTIN

Né le 16 Avril 1928 à POINTE-à-PITRE (Guadeloupe)

présentée et soutenue publiquement le

**LES FISTULES PAROTIDIENNES CONGÉNITALES
EXISTENT-ELLES ?**

**A PROPOS D'UN CAS MIS EN ÉVIDENCE
PAR LA SIALOGRAPHIE LIPIODOLEE
ET GUÉRI PAR LA LESSIVE DE SOUDE**

Président : Monsieur A. AUBIN (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8, Rue Casimir Delavigne

PARIS VI

1958

--:

Année 1958

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Raymond, Henri, Benoît, Daniel LANTIN

né le 16 avril 1928 à Pointe-à-Pitre
(Guadeloupe)

--:

Présentée et soutenue publiquement
le



--:

LES FISTULES PAROTIDIENNES CONGENITALES

EXISTENT-ELLES ?

A PROPOS D'UN CAS

MIS EN EVIDENCE PAR LA SIALOGRAPHIE LIPIODOLEE

ET GUERI PAR LA LESSIVE DE SOUDE

--:

Président : Monsieur A. AUBIN (Président)

--:

DACTYLO-SORBONNE

8, rue Casimir Delavigne

PARIS

1958.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BENARD, BROcq, CADENAT, CHABROL, CHAMPY,
 CHEVALLIER, CHEVASSU, DEBRE, DELBET, DONZELOT,
 GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, HAZARD,
 HEUYER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE, LEVY-SOLAL,
 LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT,
 MONDOR, MONOD, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, STROHL,
 TANON, VELTER.

DOYEN Léon BINET
 Membre de l'Institut
 ASSESSEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER
Anatomie pathologique	DELARUE
Bactériologie	FASQUELLE
Biologie app. à l'Education phys. } et aux Sports }	CHAILLET-BERT
Biologie Médicale	FAUVERT
Cancérologie méd., sociale	BERNARD J.
Carcinologie	REDON
Chimie Méd.	JAYLE
Clinique Chir.	Hôtel-Dieu Salpêtrière Cochin Beaujon MENEGAUX MOULONGUET QUENU SICARD
Clinique Chir. cardio-vasculaire	G. d'ALLAINES
Clinique Chir. réparatrice et } orthop. }	MERLE d'AUBIGNE
Clinique de Cardiologie	MOUQUIN
Clinique Chir. infantile et } d'orthop. }	FEVRE
Clinique Chir. pleuro-pulm.	MATHEY
Clinique de la Tuberculose	BERNARD Et.
Clinique de neuro-chir.	PETIT-DUTAILLIS
Clinique de Puéricult.	LELONG
Clinique des maladies cutanées } et syphilitiques }	DEGOS
Clinique des mal. du sang	MARCHAL
Clinique mal. du système nerv.	ALAJOUANINE
Clinique des maladies des enf.	CATHALA
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET

Clinique des Maladies mentales et de l'encéphale	} DELAY
Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition	} BOULIN
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO
Cliniques Médicales	(BARIETY
	(JUSTIN-BESANÇO
	(MOREAU
	(de GENNES
Clinique Méd.hydro-climat.thérap.	DEBRAY
Clinique médicale propédeutique	(PASTEUR-VALLER
	(RADOT
Cliniques obstétricales	(LANTUEJOUL
	(VARANGOT
	(LACOMME
Clinique ophtalmologique	RENARD
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Génétique	LAMY
Histoire de la Méd. et de la Chir.	SOULIE
Histologie	VERNE
Hygiène et Clinique lère Enfance	TURPIN
Hygiène et Méd. Préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine Légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et hist.nat.Méd.	GALLIARD
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE
Pathologie exotique	LAVIER
Path. expérimentale et comparée	LENEGRE
Path. Hum. et Immun. exp.	MERKLEN
Pathologie médicale	DECOURT
Path. et Thérapeut. générales	GARCIN
Pédiatrie sociale	JULIEN MARIE
Pharmacologie et matière méd.	CHEYMOL
Physico-chimie méd.	N...
Physiologie	BINET
Physique médicale	DOGNON
Problèmes alimentaires (ch.t.pers.)	HAMBURGER
Radiologie médicale	DESGREZ
Technique chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	BROUET
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	LEMAIRE

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.

Anatomie { CABROL
 { DEBEYRE
 { DELMAS
 { OLIVIER G.
 { Melle GAU-
Ana.Path. { THIER V.
 { BUSSER
 { GOUYGOU
Bactério- { CHRISTOL
logie { NEVOT
Biol. Méd. { BOURLIERE
Chimie méd. { ETTORI
 { POLONOVSKI J.
Dermato-syph. { DUPERRAT
Embryologie { TUCHMANN
Histologie { COUJARD
 { N.
Hydrologie { CORNET
Hygiène { BOYER
 { DEPARIS
Mal.infect. { BASTIN
Médecine } { DEROBERT
légale et } { GAULTIER
du Trav. } { HADENGUE
Neurochir. { DAVID
Neurologie { LHERMITTE
 { GRASSET
 { LE LORIER
Obstétrique { LEPAGE
 { MERGER
 { MORIN
 { RAVINA
 { ROBEY
Ophtal- } { BREGEAT
mologie } { DESVIGNES
Orthopédie { JUDET
Oto-rhino- { AUBRY
laryngol. } { MADURO
Parasito. { FRUMPT
Parasito.col. { CHABAUD
 { ABOULKER
Pat. chir. { BARCAT
 { BAUMANN
 { CAUCHOIX

MM.

{ DUBOST
{ FAUREL
{ FLABEAU
{ GERMAIN
Pat. chir. { GOSSET
 { LAURENCE
 { LORTAT-JACOB
 { OLIVIER (Cl.)
 { POILLIEUX
 { THOMERET
 { VERNE (J.M.)
Pat.expéri- { MAURICE
ment. { LOEPER
 { BOUVIER
 { BOUDIN
 { BRICAIRE
 { BRISSAUD
 { CASTAIGNE
 { CONTE
 { DEROT
Path.Med. { DOMART
 { LAMOTTE
 { LAROCHE
 { MACREZ
 { MILLIEZ
 { PEQUIGNOT
 { PERRAULT
 { RAMBERT
 { ROYER
 { THIEFFRY
 { TURIAF
 { WOLFROMM
 { POLONOVSKI Cl.
Pédiatrie { MOZZICONACCI
 { JOSEPH
Pharmacol. { Melle LEVY
 { BARGETON
Physiol. { DEJOURS
 { PARROT
Physique } { DJOURNO
Médicale } { GOUGEROT
Pneumo-phtis. { KREIS
Psychiatrie { BARUK
 { PICHOT

MM.

MM.

Psych.infant. N...
 Rhumatologie DELBARRE
 Stomato. { CHAPUT Mme
 CERNEA

Urologie KUSS
 Thérapeut. CHASSAGNE

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
 ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE
 pour le Service des Examens

M. LE LORIER.

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
 AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
 A TITRE PERMANENT

MM.

MM.

{ AMELINE
 { HUGUIER
 Clin.Chir. { LEGER
 { PADOVANI
 { ROUX
 Clinique) { ECALLE
 obstét.) { MAYER
 Clin.opht. OFFRET

Urologie N...
 Clinique Méd. { DREYFUS
 { HAGUENAU
 { KOURILSKY

Secrétaire de la Faculté M. MOREL
 Secrétaire-Adjoint Melle CHAINTREUIL

Bibliothécaire en Chef Dr HAHN
 Conservateur Melle GOICHON
 { Melles DUMAITRE
 Bibliothécaires { LE NOIR
 LAURENT
 QUIEVREUX

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
 l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les
 dissertations qui lui seront présentées, doivent
 être considérées comme propres à leurs auteurs
 et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation
 ni improbation.

A ma Grand-Mère

In Memoriam

A ma Femme

A mes Enfants

A mon Père et ma Mère

A ma Tante

A tous les Miens.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A Monsieur le Professeur A. AUBIN

Professeur de Clinique Oto-Rhino-
Laryngologique à la Faculté de Médecine
de Paris
Laryngologiste de l'Hôpital Lariboisière
Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait bénéficier de son
enseignement éclairé et nous a
fait le grand honneur de présider
notre thèse. Nous lui adressons
nos remerciements respectueux.

A Monsieur le Docteur CLERC

Laryngologiste des Hôpitaux de Paris

Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et nous a conseillé
dans son élaboration.

Qu'il trouve ici l'expression de
toute notre gratitude.

A Monsieur le Docteur J.-J. DEBAIN

Laryngologiste des Hôpitaux de Paris

pour ses bienveillants
conseils.

A Monsieur le Docteur P. MAGNIEN
Assistant d'Oto-Rhino-Laryngologie des
Hôpitaux

Dont l'enseignement nous fut
précieux.

Qu'il trouve ici l'expression
de notre respectueuse reconnais-
sance.

LES FISTULES PAROTIDIENNES CONGENITALES
EXISTENT-ELLES ?

A PROPOS D'UN CAS
MIS EN EVIDENCE PAR LA SIALOGRAPHIE
LIPIODOLEE ET GUERI PAR LA LESSIVE DE
SOUDE.

-:-

INTRODUCTION

-:-

Connues depuis GALLIEN (131-201) et Ambroise PARÉ, les fistules de la glande parotide ont de tout temps intéressé et préoccupé médecins et chirurgiens. Leur fréquence et la difficulté de leur traitement expliquent l'intérêt qu'elles ont suscité.

Seules les fistules acquises ont fait l'objet de publications : elles sont la conséquence de facteurs qui détruisent l'intégrité du tissu glandulaire et de son canal excréteur, soit qu'il s'agisse d'infection, soit de traumatisme de la glande, accidentel ou opératoire. Mais les fistules parotidiennes d'origine congénitale n'ont, à notre connaissance, jamais été décrites et certains auteurs nient leur existence. Cependant, à propos d'un cas de fistule parotidienne que nous avons eu l'occasion de voir et de traiter chez un jeune garçon d'une dizaine d'années, nous avons été amenés à conclure à l'origine congénitale ; certains arguments que nous exposerons nous ont permis d'étayer notre point de vue.

L'étude de cette fistule nous a été grandement facilitée par la sialographie qui présente un intérêt majeur comme moyen d'investigation. Nous rappellerons brièvement sa technique.

Nous insisterons par la suite sur la facilité

té d'application et la rapidité d'action de la méthode de traitement par agents caustiques, en particulier par l'emploi d'une solution de lessive de soude (solution de dihydroxyde de soude).

PATHOGENIE DES FISTULES

-:-

- La fistule salivaire est un canal anormal et permanent mettant en communication les voies salivaires et l'extérieur (MORESTIN).

De toutes les glandes salivaires, c'est la parotide et son canal excréteur, le sténon, qui donnent le plus fréquemment des fistules.

- A l'origine de celles-ci, on retrouve :

dans la majorité des cas :

- un traumatisme accidentel de la région parotidienne
- une blessure du visage lésant le tissu ou le canal.

dans d'autres cas :

- une infection, un abcès de la glande
- le rôle du cancer, de la syphilis et de la tuberculose est peu important.

plus rarement :

- il s'agit d'une séquelle post-opératoire.

Selon qu'elles atteignent le parenchyme lui-même ou le canal excréteur, on distingue deux groupes de fistules parotidiennes :

- les fistules glandulaires
- les fistules canaliculaires.

Les glandulaires (ou parenchymateuses ou géniennes) sont rares. Elles succèdent alors à un traumatisme ouvert à la loge parotidienne

à une blessure accidentelle

à une plaie ou parfois même à une intervention.

Elles ne sont pas fréquentes après les infections suppurées de la parotide.

L'écoulement de la salive est clair, d'ordinaire, il n'est pas abondant : au moment des repas, il augmente, mais peu.

Leur siège : en arrière de la branche montante du maxillaire inférieur.

Les canaliculaires (ou sténioniennes ou massé-térines) sont fréquentes. Ces fistules sont plus tenaces et considérées comme rebelles au traitement. Elles succèdent aux plaies de la joue, plus rarement à une lésion inflammatoire de la glande. L'écoulement de la salive, réduit entre les repas, devient très abondant pendant la mastication.

Leur siège : en avant du masséter.

Mais la fistule parotidienne peut être également une conséquence ou une manifestation d'un trouble du développement embryologique de la glande. Celle-ci est alors aplasique. Le tissu noble est raréfié, une dystrophie péri-acinique des tissus élastiques crée des dilatations aciniques qui se présentent à la sialographie sous forme de lacs ou de plages plus ou moins étendus à contours plus souvent irréguliers. Ces canaux pourraient être aussi le siège d'ectasies. ROSE et HALBERSTINA en font mention.

Cette malformation congénitale peut favoriser et même expliquer la parotidite chronique chez les jeunes enfants.

ETUDE CLINIQUE DES FISTULES

--:

Presque toujours l'interrogatoire du malade ou des parents renseigne sur le mode d'apparition de la fistule que l'on voit située soit en avant, soit en arrière de la branche montante du maxillaire inférieur.

Le caractère de l'écoulement renseigne déjà sur sa nature. Par le pertuis fistuleux, de diamètre variable, mais de l'ordre du millimètre, s'écoule un liquide visqueux, clair, qui, avec l'empois d'amidon fait virer le chlorure de fer. (Dans la salive existent des traces de thiocyanates qui au contact de sels ferriques donnent une coloration rouge par formation du complexe thiocyanate ferrique).

L'exploration du trajet de la fistule se fait:

- d'abord par du bleu de méthylène que l'on injecte par l'orifice.
- Si le colorant ressort par la bouche, il s'agit d'une fistule communiquant avec le sténon.
- Si le colorant n'apparaît pas dans la bouche, il s'agit d'une fistule borgne externe.
- puis, par la sialographie lipiodolée. Celle-ci donne des renseignements précieux sur le trajet fistuleux qu'elle objective, sur l'état de la glande, de ses arborisations et de ses canaux.

C'est un temps capital avant toute thérapeutique.

La technique de la sialographie a été bien précisée (thèse GAIDE) ; nous la résumerons brièvement.

On utilise d'habitude du lipiodol extra-fluide. Certains auteurs (Annales 1956, p. 110) préférent utiliser le Pantopaque à 30 % employé en injection intramusculaire, et le cathétérisme du sténon se fait avec une sonde lacrymale de Bowmann à extrémité mousse ou, à défaut, d'un trocart à perfusion muni de son mandrin mousse. Il est utile d'avoir, pour obturer l'orifice, une pince à suture intestinale qui a l'avantage de ne pas léser les tissus.

Après avoir repéré l'orifice du canal, on introduit la sonde à 3 ou 4 cm de profondeur, avec son mandrin. On injecte quelques gouttes de Novocaïne au niveau de l'ostium si on le ferme avec la pince.

Puis après avoir enlevé le mandrin, on injecte 0,5 à 1,5 cc du produit. On doit arrêter l'injection dès que le malade accuse une douleur vive occasionnée par une surpression du liquide dans les canaux de la glande. On bouche alors la sonde et on prend les premiers clichés.

Un quart d'heure après, sonde ou pince toujours en place, on prend de nouveaux clichés.

Puis on retire la sonde, on fait sucer pendant une minute du citron ou une pastille de menthe et on prend d'autres clichés après avoir fait rincer la bouche.

Normalement, la parotide se vide complètement en cinq minutes .

Eventuellement, le lendemain, un dernier

cliché permet d'apprécier l'importance du retard d'évacuation de la glande.

Deux incidences sont utiles à part le cliché de face pris tangentielllement et centré sur la parotide:

- un profil "branche montante défilée" de façon à dégager la glande de l'ombre du maxillaire et de celle du rachis,
- une incidence de Hirtz pour la projection horizontale.

Ainsi, grâce à la sialographie, on étudie :

- les dimensions et les limites de la glande
- les canaux excréteurs dont on apprécie :

- le calibre
- le trajet
- la répartition
- la division en canaux de
2ème et 3ème ordre.

TRAITEMENT DES FISTULES

-:-

Les fistules parotidiennes constituent une gêne importante en raison de l'écoulement permanent de la salive à l'extérieur.

Depuis des siècles, nombreuses et variées ont été les méthodes proposées et expérimentées pour obtenir la fermeture définitive de ces fistules, mais rares sont celles qui ont été suivies d'un succès. DELARUE, dans sa thèse, en 1895, en comptait déjà 40.

Nous ne ferons que citer certaines d'entre elles.

-- Méthodes visant à supprimer la sécrétion glandulaire ou à tarir l'écoulement ce qui favorise la fermeture de la fistule :

- pansement compressif ou occlusif (collodion) sur la fistule (MORRIS),

- compression prolongée de la glande (DESSAULT)

- ligature du sténon, proposée par VIBERG et employée par MORESTIN, bloquant ainsi la sécrétion glandulaire par obturation complète du segment proximal.

- arrachement du nerf auriculo-temporal, nerf sécréteur de la parotide, proposé par LERICHE. Pour certains auteurs, cette méthode donne de bons résultats, mais l'arrêt de la sécrétion n'est pas toujours total et la glan-

de ne s'atrophie pas. Quant à la xérostomie qu'elle entraîne, elle n'est que momentanée.

- les rayons X, à doses frénatrices, préconisés par GIGNOUX, s'attaquant directement aux acinis et stérilisant la glande. Mais parfois, il faut des doses plus fortes qui sont à l'origine de lésions cutanées.

- Méthodes visant à rétablir l'issue naturelle de la salive par la bouche.

- sutures

- mais surtout cautérisations de l'orifice fistuleux.

La cautérisation ignée suivie de compression localisée à l'orifice fistuleux pour que la salive sorte par le sténon et permette à la fistule de cicatriser est presque toujours vouée à l'échec.

Les cautérisations par caustiques :

Ambroise PARÉ et d'AQUAPENDAUTE sont les premiers à s'être servis de caustiques qu'ils employaient par simple application sur l'orifice.

Depuis eux, divers caustiques ont été utilisés tour à tour : acide chromique, teinture d'iode, quinine-urée, pâte bismuthée de "BLECK", nitrate d'argent, lessive de soude, etc...

Ces cautérisations peuvent être superficielles ou profondes.

a) Superficielles si on veut arrêter l'écoulement en oblitérant l'entrée de la fistule. Le plus souvent, la tentative est vouée à l'échec : la fistule se reforme. Faut-il incriminer le caustique qui est inopérant ou la technique ? Les deux le plus souvent.

b) Profondes : elles tarissent la sécrétion glandulaire dans le lobule qui alimente la fistule ; mais souvent, la cicatrice qui en résulte est très vilaine et une dose de caustique trop importante peut entraîner des ennuis sérieux.

Rappelons qu'avant d'agir sur l'orifice fistuleux, il faut s'assurer que le sténon soit perméable.

Parmi les différents caustiques utilisés jusqu'ici, il en est un, la lessive de soude, qui mériterait de retenir davantage l'attention.

LENGGENHAGER (Annales ORL, 1948, p. 732), considérant les difficultés d'extirpation des fistules congénitales du cou et les cicatrices qu'elles laissent, a utilisé ce caustique, vu ses effets sténosants, en injection dans le trajet fistuleux pour en obtenir l'oblitération.

AUBIN a utilisé plusieurs fois la lessive de soude dans le traitement des fistules du cou et a obtenu des résultats satisfaisants ; la guérison s'obtient très rapidement, en l'espace de quelques jours et sans réaction importante.

Nous l'avons également employée avec succès dans la fermeture de l'orifice de la fistule parotidienne du petit malade dont nous présenterons l'observation.

Son emploi a l'avantage d'être facile et de donner un résultat rapide et définitif.

Ne pas oublier cependant que c'est un liquide très caustique aussi doit-on être prudent au cours de la manipulation :

- il faut toujours l'employer en solution

pas trop concentrée (solution de dihydroxyde de soude à 20 ou à 30 %, au maximum à 40 %)

- il faut prendre les précautions nécessaires :

1) explorer avant toute tentative de cautérisation la glande et le trajet fistuleux par la sialographie lipiodolée,

2) s'assurer de l'absence de grandes poches kystiques où pourrait s'introduire le liquide caustique qui occasionnerait alors des dégâts importants,

3) n'injecter par l'orifice fistuleux que des doses minimales.

4) protéger la région cutanée environnante pendant l'injection.

Lorsque toutes ces précautions sont respectées, cette méthode n'offre aucun danger, est rapide, facile et plus sûre que l'intervention chirurgicale qui entraîne souvent un délabrement important et est suivie d'une cicatrisation longue et vicieuse.

OBSERVATION

-:-

Nous présenterons maintenant l'observation de ce petit malade chez lequel nous avons été amenés à porter le diagnostic de fistule d'origine congénitale, laquelle a été traitée avec succès par la lessive de soude.

L'enfant H.. A., âgé de 12 ans, nous est adressé le 8.12.1956 pour une fistule parotidienne gauche.

Examen clinique :

A l'examen, on constate juste au-dessus et en arrière de l'angle de la mandibule, au centre d'une cicatrice qui est vraisemblablement le reliquat d'une tentative de fermeture chirurgicale, un orifice de 1 mm de diamètre qui laisse sourdre en permanence une goutte de liquide qui a tous les caractères de la salive : clair, visqueux, faisant virer le perchlorure de fer en présence d'empois d'amidon. Au moment des repas, ces gouttelettes de salive se reforment bien plus rapidement.

L'examen buccal découvre le sténon qui se révèle perméable, car la pression sur la glande parotide fait écouler par son orifice quelques rares gouttes de salive. La fistule et le canal du sténon communiquent car 1 cc de bleu de méthylène introduit par le sténon sort immédiatement par la fistule.

Examen radiologique :

Le radiolipiodol pratiqué le 12.2.56 montre une glande réduite de volume et dont les fines ramifications ont disparu, remplacées par des lacs à contours imprécis.

L'injection de lipiodol se fait avec facilité et il n'est pas nécessaire d'exercer une forte pression, elle n'entraîne aucune douleur, laquelle, le plus souvent, est due à une distension du canal (et à la rupture des parois des acinis ?) par une injection sous forte pression.

Le premier cliché montre un canal bien opacifié, présentant des zones de dilatation alternant avec des zones de diamètre plus réduit. Son segment postérieur se projette en arrière de l'angle de la mandibule où il devient coudé et filiforme avant de se terminer par une petite tache opaque qui objective la gouttelette de lipiodol qui a fait issue par l'orifice fistuleux lors de l'injection par le sténon. Canal de sténon et trajet fistuleux communiquent donc.

Sur les autres clichés apparaissent plus nettement quelques taches opaques plus ou moins groupées et appendues au canal précédent, correspondant à des cavités glandulaires remplies de lipiodol. Les lacs peu nombreux, peu étendus, mais groupés autour du canal, l'absence de fines ramifications et des acinis d'une parotide normale, prouvent l'atrophie importante de cette glande.

Les clichés "branche montante défilée" objectivent également les lacs aboutissant au canal. Sur un cliché pris 24 heures plus tard, nous retrouvons encore l'image persistante de ces lacs lipiodolés, plus ou moins vidés, tandis que le canal n'est plus visible.

Arguments en faveur de l'origine congénitale de cette fistule :

- L'enfant, originaire d'Algérie, ne vivait en France que depuis un an. Adressé par un centre de réadaptation pour enfants aveugles, il nous a été amené par son grand frère qui nous révéla l'existence, depuis sa naissance, de cette fistule par où s'écoulait en permanence des gouttelottes de salive se formant plus rapidement au moment des repas.

- L'étude du trajet fistuleux qui a montré qu'il communiquait largement avec le sténon: bleu de méthylène et lipiodol introduits par le sténon sans aucune pression, pénètrent rapidement et sortent facilement par l'orifice fistuleux. La radiographie surtout nous a objectivé d'importantes malformations d'une glande qui, bien qu'atrophique, restait active car continuant à sécréter de la salive.

- L'existence concomitante d'une kératite interstitielle bilatérale remontant à la naissance et dont l'origine congénitale peut être évoquée.

Il a été opéré à l'Hôpital des Quinze-Vingts d'une grosse taie centrale de l'oeil droit dont la vision était réduite à une simple perception lumineuse, et d'un staphylome très opaque de l'oeil gauche : ici, la réduction de la vision n'était que de 1/50ème. L'opération a été suivie de peu de succès. Il n'en est résulté qu'une légère récupération de la vision. Une greffe de la cornée est envisagée pour plus tard.

Etant donné l'âge de l'enfant, l'anamnèse, la présence d'autres malformations existant depuis la naissance et surtout les données radiologiques, nous pouvions presque affirmer l'origine congénitale de cette fistule.

Image obtenue lors de
l'examen sialographique
de la glande parotide

3 semaines après la cautérisation,
l'orifice fistulaire a disparu.
Il ne persiste qu'une légère dépression
très limitée.



DISCUSSION :

Cependant, nous ne nions pas la possibilité d'une origine acquise car si l'interrogatoire du frère, seul parent en France, nous apprend l'existence depuis la naissance de cette fistule, il se peut bien que ce petit malade ait fait, très jeune, une parotidite dont le frère ne se souvient plus. En effet, les parotidites du nourrisson laissent parfois une fistule secondaire, surtout chez les nouveau-nés débiles. Ces parotidites, quelquefois primitives sont surtout secondaires à une stomatite érythémateuse. Le gonflement pré-auriculaire unilatéral est le symptôme essentiel,

Le pus s'écoule par le canal de Sténon, mais l'ouverture spontanée est possible. La kératite interstitielle pourrait donc être également acquise et contemporaine.

De même le fait que l'orifice fistuleux siège au centre d'une petite zone de cicatrisation laisse supposer

- ou une vaine tentative de fermeture chirurgicale de la fistule,
- ou une incision d'une parotidite ou d'un abcès parotidien survenu dans les premiers jours de la vie.

L'aspect radiologique seul reste convaincant.

o

TRAITEMENT :

Dans le cas présent, nous avons pensé qu'une tentative chirurgicale serait vouée à l'échec, qu'une section du nerf auricula-temporal n'était pas nécessaire et qu'un essai de cautérisation à la lessive de soude serait préférable.

Nous connaissions le succès des auteurs qui l'avaient employée dans certaines fistules acquises de la parotide ou congénitales du cou et ici notre fistule était bénigne, en rapport avec des cavités glandulaires de petit volume et peu nombreuses.

C'est ainsi que nous avons été amenés, le 29.2.56, une semaine après la sialographie, à introduire prudemment par l'orifice fistuleux $1/4$ à $1/2$ cc de lessive de soude à 40 %.

A part une sensation de brûlure qui a duré environ $1/4$ d'heure, nous n'avons pas noté d'autres réactions.

Le 3.3.1956, l'emplacement de la fistule est obstrué par une croûte qui recouvre un tissu de granulation. L'orifice fistulaire n'est plus visible.

Une semaine plus tard, le 10.3.56, une tuméfaction parotidienne gauche douloureuse avec température à 38° nous fait penser aux oreillons, mais la parotide droite n'augmente pas de volume et les signes s'amendent rapidement.

Résultat du traitement :

le 21.3.56, l'orifice fistulaire a entièrement disparu, il persiste une légère dépression très limitée, L'enfant est guéri de son infirmité.

Par le sténon persiste une mince sécrétion salivaire.

L'enfant est revu un an après ; le résultat est durable. La cicatrice est peu visible, il n'y a pas d'orifice au centre de celle-ci. La sécrétion salivaire par le sténon est conservée.

CONCLUSIONS

-:-

Si les fistules parotidiennes acquises sont fréquentes et connues, l'existence de fistules parotidiennes congénitales est loin d'être admise par tous.

Nous pensons que ces dernières existent. Certains éléments permettent d'affirmer l'origine congénitale et dans l'observation que nous avons présentée :

l'âge du jeune malade et
la date d'apparition de la fistule,
le trajet fistuleux,
l'aplasie de la glande, cependant active,
la coexistence d'autres troubles depuis la
naissance,

ont été pris en considération.

La sialographie lipiodolée nous a été d'une aide précieuse, objectivant les modifications de la glande et le trajet fistuleux. Elle est un temps essentiel dans l'étude de toute fistule parotidienne, qu'elle soit acquise ou soupçonnée congénitale, et un temps nécessaire avant toute tentative thérapeutique.

La fermeture de l'orifice fistuleux, dans le cas qui nous concerne, a été obtenue simplement par l'injection prudente d'un liquide caustique : la lessive de soude, déjà employée avec succès dans les fistules congénitales du cou et autres fistules acquises.

Nous pensons que les fistules parotidiennes simples, sans trajet important et compliqué, en rapport avec des cavités glandulaires de petit volume et en nombre restreint - comme c'est le cas dans notre observation - doivent bénéficier, à l'exclusion de toute autre thérapeutique, de cette méthode simple, facile, qui donne des résultats rapides et durables.

Il faut cependant être prudent en utilisant ce liquide très caustique ; protéger la surface entamée avoisinant l'orifice fistuleux ; éviter un remplissage de grandes cavités kystiques glandulaires occasionnant non seulement des douleurs très vives, mais encore des destructions tissulaires importantes, des lésions possibles du VII, ou une cicatrisation longue et vicieuse. D'où la nécessité d'une étude préalable sialographique de la glande parotide et de son trajet fistuleux.

-:-

Vu :
Le Président :
signé : A. AUBIN

Vu :
Le Doyen :
signé : L.BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

--

P. AUBIN

Fistule latérale du cou ; guérison par
injection de soude caustique (présenta-
tion de malade)

Annales ORL 1952 69 n° 4

BARCLAY L.T.

Fistule salivaire de la parotide

Brit.J.Plast.Surg. oct. 1952 n° 3

BOISSON R.

Quelques aspects de la pathologie des
glandes salivaires

Arch.Stomat. Janv. 1955 n° 1

CASTERAN

Eas fistulas saliveras

Buenos-Aires thèse 1926

COSTANTINI H.

Une nouvelle méthode de traitement des
fistules parotidiennes. Cautérisation
et cure de silence

Afrique franç.Chir. mai-août 1945 n° 3-4

DIEULAFE

Fistule salivaire

Annales ORL 1918 XXVII 1372

FABRE

Un cas de fistule salivaire de la glande
parotide traité par opération Leriche
(arrachement du nerf auriculo-temporal)

Montpellier Thèse 1921

FAYOLLAT

Du traitement des fistules salivaires
parotidiennes (fistules glandulaires et
canaliculaires)
Alger 1924 Thèse

GAIDE B.F.M.J.

Intérêt de la sialographie pour les
fistules parotidiennes
Thèse Paris 1951

GINESTET et SOUEF

Fistules parotidiennes guéries par
arrachement du nerf auriculo-temporal
Rev. Stomat. oct. 1947 n° 10

GUIRRIEC Arthur

Sur un cas de fistule salivaire de la
parotide. Traitement par résection du
nerf auriculo-temporal
Bordeaux Thèse 1920

LEBOURG L. et CREPY C.

Fistules salivaires
Actualités Odonto-stomat. déc. 1954
n° 28

LENGGENHAGER A.

Un mode de traitement des fistules
congénitales du cou par la lessive
de soude
Annales ORL 1948

LERICHE

Société Nationale de Médecine du 19-
1-1914

MULER

Fistule parotidienne traitée par ré-
section du nerf auriculo-temporal
(Présenté par M. LEMARIEY)
Annales Oto-laryng. 1953 n° 1

REBATTU, MARTIN H. et GAILLARD J.

Trois observations d'abcès parotidiens
fistulisés

Lyon Méd. janv. 1948 n° 3

REDON Henri

Chirurgie des glandes salivaires

Monographies Chirurgicales

RUBIN P., BLATT I.M., HOLT J.F. et MAXELL J.H

Sialographie physiologique et sécrétoire

Annals of ORL St Louis vol. 63 sept 55

n° 3

SAGLIER

A propos d'un cas de kyste bénin réci-
divant de la parotide. Traitement par
marsupialisation et pansements ultérieurs
à la lessive de soude

Thèse Paris 1950

STAUB

Contribution à l'étude du traitement
des fistules salivaires de la glande
parotide et en particulier par la ré-
section du nerf auriculo-temporal

Thèse Nancy 19 1920

TABLE DES MATIERES

- :-

	Pages
Introduction	15
Pathogénie des fistules	17
Etude Clinique des fistules	19
Traitement des fistules	23
Observation	27
Conclusions	35
Bibliographie	37

- :-

